



Doença Inflamatória Pélvica

Pelvic Inflammatory Disease

Enfermedad inflamatoria pélvica

Augusto César de Oliveira¹, Kelly Paiva Guimarães Silveira¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). **Revisão bibliográfica:** A DIP é uma inflamação do trato genital superior que afeta 4% a 12% das mulheres em idade reprodutiva. Normalmente é uma infecção ascendente, espalhando-se a partir do trato genital inferior. A maioria dos casos de DIP está relacionada a uma infecção sexualmente transmissível. A DIP configura um problema clínico e de saúde pública devido ao seu potencial para resultar em infertilidade em casos não diagnosticados ou mal tratados. Esta complicação afeta uma em cada oito mulheres com história de DIP. Além disso, a DIP está associada a outras morbidades, como dor pélvica crônica, gravidez ectópica. **Considerações finais:** A DIP é um grave problema de saúde pública devido à sua alta morbidade e consequências como a infertilidade. Seu diagnóstico é clínico e dificultado pela ampla gama de sintomas. O tratamento perpassa primeiramente pela avaliação da necessidade ou não de internação hospitalar, pela rápida introdução de antibióticos seja em regime hospitalar ou ambulatorial, controle algico com anti-inflamatórios não esteróides, educação em saúde e tratamento dos parceiros sexuais a fim de evitar reinfecções.

Palavras-chave: Doença Inflamatória pélvica, Ginecologia, Mulheres.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of Pelvic Inflammatory Disease (PID). **Bibliographic review:** PID is an inflammation of the upper genital tract that affects 4% to 12% of women of reproductive age. It is typically an ascending infection, spreading from the lower genital tract. Most cases of PID are related to a sexually transmitted infection. PID is a clinical and public health problem due to its potential to result in infertility in undiagnosed or poorly treated cases. This complication affects one in eight women with a history of PID. Furthermore, PID is associated with other morbidities, such as chronic pelvic pain and ectopic pregnancy. **Final considerations:** PID is a serious public health problem due to its high morbidity and consequences such as infertility. Its diagnosis is clinical and complicated by the wide range of symptoms. Treatment primarily involves assessing whether or not hospitalization is necessary, the rapid introduction of antibiotics whether in hospital or outpatient settings, pain control with non-steroidal anti-inflammatory drugs, health education and treatment of sexual partners in order to avoid reinfections.

Keywords: Pelvic Inflammatory disease, Gynecology, Women.

¹ Universidade de Vassouras, Vassouras - Rio de Janeiro.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI). **Revisión bibliográfica:** La EPI es una inflamación del tracto genital superior que afecta del 4% al 12% de las mujeres en edad reproductiva. Por lo general, es una infección ascendente que se propaga desde el tracto genital inferior. La mayoría de los casos de EPI están relacionados con una infección de transmisión sexual. La EPI es un problema clínico y de salud pública debido a su potencial de provocar infertilidad en casos no diagnosticados o mal tratados. Esta complicación afecta a una de cada ocho mujeres con antecedentes de EPI. Además, la EIP se asocia con otras morbilidades, como el dolor pélvico crónico y el embarazo ectópico. **Consideraciones finales:** La EIP es un grave problema de salud pública por su alta morbilidad y consecuencias como la infertilidad. Su diagnóstico es clínico y complicado por la amplia gama de síntomas. El tratamiento pasa principalmente por valorar la necesidad o no de hospitalización, la introducción rápida de antibióticos ya sea en el ámbito hospitalario o ambulatorio, el control del dolor con antiinflamatorios no esteroides, la educación sanitaria y el tratamiento de las parejas sexuales para evitar reinfecciones.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria pélvica, Ginecología, Mujer.

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória pélvica (DIP) é definida como uma inflamação do trato genital superior devido a uma infecção em mulheres. A DIP afeta 4% a 12% das mulheres em idade reprodutiva. A doença atinge o útero, as trompas de Falópio e/ou os ovários. Normalmente é uma infecção ascendente, espalhando-se a partir do trato genital inferior. A maioria dos casos de DIP está relacionada a uma infecção sexualmente transmissível.

O diagnóstico de DIP é principalmente clínico e deve ser suspeitado em pacientes do sexo feminino com dor abdominal inferior ou pélvica e sensibilidade no trato genital. Durante a avaliação da paciente, outras etiologias de dor, incluindo gravidez ectópica, devem ser consideradas e descartadas. A DIP é tratada com antibióticos para cobrir os patógenos primários, incluindo *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

Embora a definição clássica de doença inflamatória pélvica inclua apenas disseminação canalicular e espontânea de microrganismos, não associada a procedimentos cirúrgicos ou gravidez, a inserção de dispositivos intrauterinos (DIU), biópsia de endométrio, curetagem, entre outros, também são atualmente considerados responsáveis pela síndrome (MITCHELL CM, et al., 2021; MENEZES MLB, et al., 2020; MARCINKOWSKI KA, et al., 2022).

A DIP afeta o trato genital superior por meio do movimento retrógrado de microrganismos do trato genital inferior. Outras vias de infecção, como a transmissão hematogênica e linfática (por exemplo, tuberculose), foram descritas, embora sejam menos comumente encontradas. A infecção do trato genital superior causa inflamação, formação de abscesso, cicatrizes tubárias ou obstrução.

De forma aguda, as pacientes podem apresentar endometrite, salpingite, peritonite pélvica ou abscessos tubo-ovarianos. A DIP configura um problema clínico e de saúde pública devido ao seu potencial para resultar em infertilidade em casos não diagnosticados ou mal tratados. Esta complicação afeta uma em cada oito mulheres com história de DIP. Além disso, a DIP está associada a outras morbididades, como dor pélvica crônica, gravidez ectópica e recorrência.

O custo financeiro da infecção pélvica foi estimado em mais de 2,4 mil milhões de dólares nos EUA, e o custo total médio por episódio é de cerca de 5.000 dólares. No Reino Unido, o custo médio de um episódio não complicado de IDP é de 163 libras esterlinas. O diagnóstico e o tratamento precoces podem potencialmente prevenir complicações (YUSUF H e TRENT M, 2023; SAVARIS RF, et al., 2020).

A DIP é frequentemente subdiagnosticada devido à grande variação e gravidade dos sintomas. Os pacientes podem ser assintomáticos. Muitas mulheres com infertilidade por fator tubário apresentam evidência histológica de IDP, apesar de não terem diagnóstico prévio. O principal sintoma da DIP é o início abrupto de dor abdominal inferior ou pélvica em uma mulher sexualmente ativa.

Os sintomas podem ser sutis, com dor abdominal inferior bilateral leve que piora com o coito, sangramento uterino anormal, aumento da frequência urinária, disúria ou corrimento vaginal anormal. A febre também pode ocorrer, mas não é o sintoma dominante (CURRY A, et al., 2019). Nesse sentido, é importante estar atento a possibilidade de DIP em mulheres jovens, com vida sexual ativa e que apresentem algum sintoma visando a redução da morbidade e das suas sequelas relacionadas. O objetivo do estudo foi analisar as características da Doença Inflamatória Pélvica.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e epidemiologia

A DIP inclui uma série de processos infecciosos que danificam o endométrio, as trompas de falópio, os ovários e o peritônio pélvico. As infecções sexualmente transmissíveis (IST) causam a maioria dos casos de DIP, mas organismos associados à vaginose bacteriana (VB) também têm sido implicados. Aproximadamente 15% das infecções por clamídia não tratadas evoluem para IDP; esta porcentagem pode ser maior com infecções gonocócicas.

O diagnóstico tardio contribui para sequelas inflamatórias, incluindo infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Aproximadamente uma em cada seis mulheres com salpingite desenvolve infertilidade. O custo de ter uma DIP foi previamente estimado em US\$ 1.995 por paciente americana, excluindo-se despesas com avaliação e tratamento de futuras complicações.

Com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de 2013 a 2014, 4,4% das mulheres (2,5 milhões) entre os 18 e os 44 anos de idade nos Estados Unidos relataram um historial de DIP. Embora os estudos sugiram um declínio global nas taxas de DIP, os casos de gonorreia e clamídia estão a aumentar. Isto é especialmente preocupante com o aumento da *Neisseria gonorrhoeae* resistente a antibióticos (CURRY A, et al., 2019; DARVILLE T, 2021).

A DIP é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre mulheres jovens em todo o mundo. A prevalência global varia de 0,28% a 1,67%. Na Inglaterra, até 75.000 mulheres são diagnosticadas com DIP anualmente, um terço das quais são mulheres jovens de 16 a 24 anos. A maioria dos casos de DIP (85%) são causados por patógenos sexualmente transmissíveis ou vaginose bacteriana e patógenos associados. Quinze por cento dos casos agudos de DIP não são transmitidos sexualmente, mas são causados por bactérias que colonizam o trato genital inferior (AL-KURAN OA, et al., 2023).

Nas últimas décadas, numerosos estudos foram realizados investigando a etiologia microbiológica da DIP. Eles mostraram principalmente uma ligação entre DIP e infecções sexualmente transmissíveis, como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, que são os dois microrganismos mais identificados na DIP em mulheres sexualmente ativas na pré-menopausa. *Escherichia coli* e anaeróbios podem ser responsáveis por uma pequena parcela dos casos observados em mulheres na pós-menopausa. A DIP é clinicamente considerada uma infecção polimicrobiana mista (AL-KURAN OA, et al., 2023).

Patogênese, etiologia, quadro clínico e diagnóstico

A DIP em mulheres descreve a inflamação do trato genital superior e das estruturas adjacentes como resultado de uma infecção ascendente do trato genital inferior - as bactérias se espalham diretamente do colo do útero para o endométrio e para o trato genital superior. A ascensão de micróbios ao trato reprodutivo superior ocorre como resultado da ruptura das barreiras protetoras normais do trato reprodutivo inferior pelos patógenos causadores.

A infecção inicial do colo do útero envolve o canal endocervical e rompe a barreira do tampão mucoso. As mulheres são particularmente suscetíveis durante o meio do ciclo, quando a migração de patógenos pode ser facilitada pelo peristaltismo uterino que facilita o transporte dos espermatozoides. Isto pode ser

ainda agravado pela perda do tampão mucoso no momento da menstruação e pelo derramamento retrógrado do fluido menstrual na pelve. Após a infecção inicial, é comum o desenvolvimento de uma infecção polimicrobiana a partir da transposição de organismos vaginais facultativos, incluindo aqueles associados à vaginose bacteriana, e organismos respiratórios e gastrointestinais que colonizaram o trato genital inferior (HUNT S e VOLLENHOVEN B, 2023; SAVARIS RF, et al., 2020).

Os principais fatores de risco para-DIP são múltiplos parceiros sexuais, mulheres em idade jovem, presença de dispositivos intrauterinos e alta frequência de coito. O diagnóstico de IDP é complicado porque (1) pode ser uma seqüela de patógenos sexualmente transmissíveis, incluindo *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*, (2) pode ocorrer quando patógenos respiratórios ou entéricos infectam o trato genital feminino, ou (3) pode ocorrer quando bactérias e os micoplasmas que fazem parte do microbioma vaginal ascendem ao trato genital superior e causam inflamação.

Também pode estar associada a procedimentos ginecológicos, como inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e interrupção da gravidez, e a fatores de risco de comportamento sexual, como mudança recente de parceiro, histórico de múltiplos parceiros sexuais e idade precoce de início sexual (HILLIER SL, et al., 2021; SWEENEY S, et al., 2022; RODRIGUES R, et al., 2023; MAIA JRS, et al., 2021).

A avaliação laboratorial deve incluir um teste de gravidez para excluir a possibilidade de gravidez ectópica como etiologia alternativa de dor pélvica. Além disso, os profissionais devem considerar a microscopia do corrimento vaginal ou cervical (se presente), juntamente com testes de amplificação de ácido nucleico (NAAT) para-*C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. Testes para outras infecções sexualmente transmissíveis, como HIV e *Treponema pallidum* (sífilis), também devem ser considerados. Além disso, se houver preocupação com um abscesso tubo-ovariano, a ultrassonografia pélvica deve ser considerada (SCHEER IO, et al., 2021).

Quais são as outras causas etiológicas da IDP? Embora ainda haja incerteza sobre a fração relativa de IDP causada por outros patógenos, bactérias facultativas e anaeróbias associadas a bactérias associadas à VB, *Mycoplasma genitalium* e patógenos entéricos podem contribuir para a IDP. Há evidências de que bactérias anaeróbicas e facultativas da vagina, especialmente patógenos associados à VB, podem ascender ao endométrio e às trompas de falópio para causar DIP, algo que foi relatado há 4 décadas. Mulheres com VB são mais propensas a ter evidência histológica de endometrite e a ter bastonetes gram-negativos anaeróbicos e cocos detectados pelo cultivo do endométrio (HILLIER SL, et al., 2021).

Os microrganismos patogênicos são principalmente infecções mistas que ascendem da vagina, levando à congestão tecidual local, edema, exsudação inflamatória, hiperplasia do tecido conjuntivo, seguida de menstruação irregular e leucorréia anormal. Os sinais e sintomas da DIP não são específicos e podem variar de assintomáticos a doenças graves. A DIP pode produzir endometrite, parametrite (infecção das estruturas próximas ao útero), salpingite (infecção das trompas de falópio), ooforite (infecção do ovário) e abscesso tubo-ovariano.

Também podem ocorrer peritonite (infecção dentro do peritônio, a fina camada de tecido que reveste o abdômen) e peri-hepatite (infecção ao redor do fígado). Peritonite, abscesso tubo-ovariano e doenças sistêmicas graves (por exemplo, febre e mal-estar) são consideradas formas graves de DIP; as demais formas de apresentação são consideradas leves ou moderadas de acordo com a opinião subjetiva do médico ou enfermeiro examinador (SAVARIS RF, et al., 2020; WANG D, et al., 2022). A queixa mais comum da DIP é dor abdominal inferior ou pélvica, com ou sem corrimento vaginal.

Esta dor pode variar de intensidade, sendo de qualidade aguda ou pulsante, contínua ou intermitente e localizada ou difusa na parte inferior do abdome. Sua característica é de piora durante a atividade sexual, caracterizando dispareunia. A apresentação clássica da doença inflamatória pélvica aguda é o início abrupto dos sintomas de dor durante ou logo após a menstruação. É mais provável que a dor esteja localizada na parte inferior do abdômen em relação aos órgãos pélvicos, mas pode ser generalizada no quadro de peritonismo ou mesmo localizada na parte superior do abdômen nos casos em que há inflamação peri-hepática.

Devido à heterogeneidade significativa nos sintomas e na apresentação e ao risco de doença complicada, o médico deve ter um limiar baixo para suspeitar do diagnóstico. O diagnóstico clínico é feito pelo achado de sensibilidade nos órgãos pélvicos, incluindo sensibilidade ao movimento cervical, sensibilidade uterina à compressão bimanual e/ou sensibilidade nos anexos, em combinação com inflamação cervical, evidenciada por secreção, friabilidade e/ou aumento de glóbulos brancos (CHARVERIAT A e FRITEL, 2019; SILVA LS, et al., 2023). A classificação específica da apresentação clínica utilizando pontuações de sintomas foi descrita, mas não foi validada e o uso destas pontuações é inconsistente.

A DIP não possui um padrão ouro de diagnóstico. Os critérios diagnósticos mais comumente usados são baseados nos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), ou seja, mulheres jovens sexualmente ativas e outras mulheres em risco de IST que apresentam problemas pélvicos ou inferiores recentes, dor abdominal onde nenhuma outra causa além da DIP pode ser identificada, e um ou mais dos seguintes critérios mínimos estão presentes no exame pélvico: sensibilidade ao movimento cervical, sensibilidade uterina ou sensibilidade anexial. A exigência de que todos os três critérios mínimos estejam presentes aumenta a especificidade do diagnóstico, mas reduz a sensibilidade (HUNT S e VOLLENHOVEN B, 2023; CHARVERIAT A e FRITEL, 2019).

Consequências

As sequelas da DIP são uma das principais causas de morbidade reprodutiva em mulheres em idade fértil, resultando em dor pélvica crônica, gravidez ectópica e infertilidade. Apesar das elevadas taxas de resposta clínica ao tratamento com antibióticos, aproximadamente 18% das mulheres reportarão infertilidade, 0,6-2,0% terão uma gravidez ectópica e 30% terão dor pélvica crônica três anos após o tratamento (HUNT S e VOLLENHOVEN B, 2023).

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) relatam que uma em cada oito mulheres com história de DIP tem dificuldade em engravidar. O risco de infertilidade aumenta em correlação com o grau de lesão nas trompas de Falópio observado na laparoscopia e pode chegar a 30% em mulheres com lesões tubárias graves. As infecções recorrentes estão associadas a um aumento acentuado no risco de infertilidade.

Nas mulheres com história de DIP, a discussão das sequelas a longo prazo e das implicações para a fertilidade é uma componente essencial do tratamento e do aconselhamento pós-tratamento. Da mesma forma, o risco de gravidez ectópica e a necessidade de monitorização precoce da gravidez para localizar a gravidez são componentes importantes do aconselhamento terapêutico (HUNT S e VOLLENHOVEN B, 2023; XU SX e GRAY-OWEN SD, 2021; IWATA H, et al., 2022).

Mulheres com DIP têm muito mais probabilidade de ter infertilidade, dor pélvica crônica e gravidez ectópica (GE) do que mulheres sem DIP. Um estudo de acompanhamento realizado em mulheres suecas que receberam laparoscopia e tratamento para suspeita clínica de IDP revelou que a taxa de salpingite foi de 74%, com 16% das mulheres com salpingite confirmada apresentando infertilidade e 9% apresentando EP subsequente. O ensaio DIP Evaluation and Clinical Health (PEACH) descobriu que após um acompanhamento de 3 anos, aproximadamente 29% dos participantes experimentaram dor pélvica crônica, 18% experimentaram infertilidade e 0,6% experimentaram GE.

É importante notar que o atraso no tratamento da DIP tem sido fortemente associado a piores resultados reprodutivos a longo prazo. DIP tem sido associada a aborto espontâneo, corioamnionite, ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro e natimorto. Como um melhor resultado reprodutivo é uma questão importante para as mulheres, as famílias e a sociedade, a necessidade de prevenir a DIP e o seu impacto nas sequelas é urgente (HE D, et al., 2023).

Tratamento

O diagnóstico da doença inflamatória pélvica é principalmente clínico. A DIP deve ser considerada em qualquer mulher jovem sexualmente ativa com dor pélvica ou abdominal baixa e evidência de sensibilidade no trato genital ao exame. Embora os testes laboratoriais possam ajudar a confirmar o diagnóstico, o resultado do teste NAAT normalmente pode levar de várias horas a dias, dependendo da sua instituição. Resultados negativos não excluem o diagnóstico. Uma ultrassonografia ou tomografia computadorizada sem achados de DIP não exclui o diagnóstico. Portanto, o tratamento precoce e imediato deve ser iniciado com base na suspeita clínica.

O manejo da DIP compreende uma terapia direcionada a resolução da infecção subjacente baseada na antibioticoterapia como pilar central. Além disso, é necessário realizar o controle dos sintomas, com o controle da dor sendo um dos principais focos, não esquecendo da tentativa de mitigar as complicações. Deve-se, também, incentivar a adesão ao tratamento e a adoção de medidas de prevenção contra as infecções transmitidas por via sexual. As indicações para hospitalização incluem gravidez, falha no tratamento ambulatorial, doença clínica grave, DIP com abscesso pélvico ou possível necessidade de intervenção cirúrgica (SILVA LS, et al., 2023).

O tratamento empírico para-DIP em ambiente hospitalar inclui: Cefotetano (2 g por via intravenosa [IV] a cada 12 horas) mais doxiciclina (100 mg por via oral a cada 12 horas) ou Cefoxitina (2 g IV a cada 6 horas) mais doxiciclina (100 mg por via oral a cada 12 horas) ou Clindamicina (900 mg IV a cada 8 horas) mais gentamicina (3 a 5 mg/kg IV uma vez ao dia).

O CDC recomenda o seguinte para tratamento de primeira linha em terapia ambulatorial: Doxiciclina (100 mg por via oral duas vezes ao dia durante 2 semanas) mais ceftriaxona 500 mg por via intramuscular (IM) para uma dose ou cefoxitina 2 g IM com probenecida (1 g por via oral) para uma dose ou outra cefalosporina parenteral de terceira geração. Metronidazol (500 mg por via oral duas vezes ao dia durante 14 dias) deve ser adicionado se houver preocupação com tricomonas ou instrumentação vaginal recente (RIBEIRO KE, et al., 2022).

Em mulheres que necessitam de tratamento hospitalar, qualquer um dos regimes de antibióticos parenterais recomendados pelo CDC pode ser usado. Se o paciente não estiver vomitando, a doxiciclina oral é preferível à administração parenteral devido à dor da infusão intravenosa e à biodisponibilidade semelhante. Os pacientes podem passar da terapia parenteral para a oral após 24 horas de melhora clínica. Recomenda-se a conclusão de 14 dias de tratamento com medicamentos orais. Os pacientes tratados com qualquer um dos regimes de internação recomendados pelo CDC ou com o regime alternativo devem fazer a transição para doxiciclina oral, 100 mg a cada 12 horas.

No entanto, os pacientes tratados especificamente com clindamicina e gentamicina devem fazer a transição para doxiciclina oral, 100 mg a cada 12 horas, ou clindamicina oral, 450 mg a cada seis horas. Se houver abscesso tubo-ovariano, além da consulta cirúrgica, a paciente deve ser transferida para doxiciclina oral, 100 mg a cada 12 horas, com clindamicina oral, 450 mg a cada seis horas, ou metronidazol oral (Flagyl), 500 mg a cada 12 horas, para fornecer cobertura anaeróbica adicional. O tratamento não muda em pacientes com dispositivos intrauterinos ou com HIV (SCHEER IO, 2021 e CURRY A, et al., 2019).

O uso da gentamicina dividida em duas ou três doses diárias foi substituído por uma dose diária para reduzir a lesão renal, fato consolidado na literatura. O aminoglicosídeo de intervalo prolongado tem eficácia comparável à administração intermitente tradicional; no entanto, oferece três vantagens potenciais: 1) a possibilidade de diminuição da nefrotoxicidade (com base em dados de modelos animais), 2) facilidade de administração e monitoramento da concentração sérica e 3) reduções nos custos relacionados à administração e monitoramento. A dosagem de aminoglicosídeos em intervalos prolongados aproveita duas propriedades farmacodinâmicas: o efeito pós-antibiótico e a morte dependente da concentração.

Por fim, a recomendação de retirada do dispositivo intrauterino (DIU) somente após duas doses de antibióticos não tem base científica. Poucos ensaios foram realizados onde o DIU foi removido antes do tratamento, e constatou-se que a remoção precoce do DIU não influenciou o curso da doença, embora um

ensaio tenha tido uma duração de tratamento mais longa. Os dispositivos intrauterinos não apresentam risco aumentado de doença inflamatória pélvica além dos primeiros 20 dias após a inserção. Os dispositivos intrauterinos não precisam ser removidos se o paciente com doença inflamatória pélvica apresentar melhora clínica dentro de 48 a 72 horas após o início dos antibióticos (SAVARIS RF, 2021 e CURRY A, et al., 2019).

O controle algíco na DIP pode ser feito com anti inflamatórios não esteroides como ibuprofeno, com paracetamol e dipirona. Nos casos de dor intensa ou complicados com abscesso pode-se utilizar opióides no controle da dor. Deve-se ainda, como parte fundamental do tratamento, realizar a educação em saúde da paciente de modo a conscientizá-la da importância da adesão ao tratamento e da prevenção de futuras infecções de transmissão sexual. Destaca-se, ainda, que é essencial a avaliação e tratamento, quando necessário de parceiros sexuais, de modo a evitar reinfecções (SILVA LS, et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DIP é um grave problema de saúde pública devido à sua alta morbidade e consequências como a infertilidade. Seu diagnóstico é clínico e dificultado pela ampla gama de sintomas. O tratamento perpassa primeiramente pela avaliação da necessidade ou não de internação hospitalar, pela rápida introdução de antibióticos seja em regime hospitalar ou ambulatorial, controle algíco com antiinflamatórios não esteróides, educação em saúde e tratamento dos parceiros sexuais a fim de evitar reinfecções.

REFERÊNCIAS

1. AL-KURAN OA, et al. Gynecologists and pelvic inflammatory disease: do we actually know what to do? A cross-sectional study in Jordan. *Medicine (Baltimore)*, 2023; 102(40): e35014.
2. CHARVERIAT A, FRITEL X. Diagnosis of pelvic inflammatory disease: Clinical, paraclinical, imaging and laparoscopy criteria. *CNGOF and SPILF Pelvic Inflammatory Diseases Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2019; 47(5): 404-408.
3. CURRY A, et al. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*, 2019; 100(6): 357-364.
4. DARVILLE T. Pelvic Inflammatory Disease Due to *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis*: Immune Evasion Mechanisms and Pathogenic Disease Pathways. *J Infect Dis*, 2021; 224(12): 39-46.
5. HE D, et al. Global burden of pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy from 1990 to 2019. *BMC Public Health*, 2023; 23(1): 1894.
6. HILLIER SL, et al. A Review of the Challenges and Complexities in the Diagnosis, Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis of Pelvic Inflammatory Disease. *J Infect Dis*, 2021; 224(12): 23-28.
7. HUNT S, VOLLENHOVEN B. Pelvic inflammatory disease and infertility. *Aust J Gen Pract*, 2023; 52(4): 215-218.
8. IWATA H, et al. Diagnostic accuracy of pelvic examination in pelvic inflammatory disease: A meta-analysis. *J Gen Fam Med*, 2022; 23(6): 384-392.
9. MAIA JRS, et al. FATORES QUE DETERMINAM O DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA. *DêCiência em Foco*, 2021; 5(1): 77 - 89.
10. MARCINKOWSKI KA, et al. Pelvic inflammatory disease in pregnancy: a systematic review focusing on perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 2022; 4(4): 100643.
11. MENEZES MLB, et al. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted infections, 2020: pelvic inflammatory disease. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2021; 54(1): e2020602.
12. MITCHELL CM, et al. Etiology and Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease: Looking Beyond Gonorrhea and Chlamydia. *J Infect Dis*, 2021; 224(12): 29-35.
13. RAVEL J, et AL. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*, 2021; 224(3): 251-257.

14. RIBEIRO KE, et al. Acute pelvic inflammatory diseases: approach to etiological aspects and pharmacological treatment. *RSD*, 2022; 11(10): e111111032485.
15. RODRIGUES R, et al. Chlamydial and Gonococcal Genital Infections: A Narrative Review. *J Pers Med*, 2023; 13(7): 1170.
16. SAVARIS RF, et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020; 8(8): CD010285.
17. SAVARIS RF. Up-to-date data on Pelvic Inflammatory Disease. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2021; 54: e0419.
18. SCHEER IO, et al. Abordagem da doença inflamatória pélvica: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4 (1): 169-187.
19. SILVA LS, et al. Abordagens clínicas da doença inflamatória pélvica- uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2023; 6(5): 23839-23847.
20. SWEENEY S, et al. Factors associated with pelvic inflammatory disease: A case series analysis of family planning clinic data. *Womens Health (Lond)*, 2022;18: 17455057221112263.
21. YUSUF H, TRENT M. Management of Pelvic Inflammatory Disease in Clinical Practice. *Ther Clin Risk Manag*, 2023; 19: 183-192.
22. XU SX, GRAY-OWEN SD. Gonococcal Pelvic Inflammatory Disease: Placing Mechanistic Insights into the Context of Clinical and Epidemiological Observations. *J Infect Dis*, 2021; 224(12): 56-63.
23. WANG D, et al. Evidence for the Use of Complementary and Alternative Medicine for Pelvic Inflammatory Disease: A Literature Review. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2022; 2022:1364297.